

## PRM Section – UEMS : professionnels de la santé et du social en milieu ambulatoire

### Communications orales

CO92-003-f

#### **SAMSAH-Alister : un outil d'interface dans le parcours de soins des patients**

N. Winisdoerffer<sup>a,\*</sup>, N. Hottinger<sup>b</sup>, E. Lamon<sup>b</sup>,  
J. Sengler<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centre hospitalier Emile-Muller, Mulhouse, France

<sup>b</sup> Handicap Services Alister, France

\*Auteur correspondant.



**Mots clés :** Parcours de soins ; Pluridisciplinarité ; Projet de vie

**Introduction.**– Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés SAMSAH-Alister contribue à la réalisation du projet de vie des bénéficiaires en leur proposant un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Cet accompagnement se fait selon un projet individualisé défini avec chaque bénéficiaire.

**Objectifs.**– Présenter le fonctionnement et l'activité du service. Décrire les caractéristiques de la population accueillie.

**Méthodes.**– Analyse du projet de service et des rapports d'activité annuels.

**Résultats.**– Le SAMSAH-Alister regroupe une équipe pluridisciplinaire (aide-soignant, ergothérapeute, infirmier, médecin) et travaille en collaboration avec le service d'accompagnement à la vie sociale. Le service prend en charge en moyenne 110 patients par an, effectue 3100 interventions à domicile. Les pathologies neurologiques sont prépondérantes. Le maintien à domicile est possible dans 88 % des cas.

**Conclusion.**– Le SAMSAH-Alister permet une analyse multidimensionnelle du fonctionnement en milieu de vie. En proposant des soins réguliers et coordonnés, puis en supervisant la mise en place de relais, il se positionne dans le parcours de soins comme un outil pluridisciplinaire d'interface participant à la réalisation du projet de vie des patients<sup>1</sup>.

*Pour en savoir plus*

Yelnik AP, et al. Les parcours de soins en MPR. Ann Phys Rehabil Med 2011; 54: 463–464.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1501>

CO92-004-f

#### **Prise en charge des escarres à domicile : retour de l'enquête 2013 auprès des infirmiers libéraux en Ile-et-Vilaine**

S. Robineau-Beneux<sup>a,\*</sup>, A. Durufle<sup>a</sup>, B. Nicolas<sup>a</sup>,  
A. Chopin<sup>a</sup>, M.P. Lebot<sup>b</sup>, S. Petrilli<sup>a</sup>, P. Gallien<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Pôle Saint-Helier, Rennes, France



<sup>b</sup> Centre hospitalier Saint-Malo, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Escarre ; Soins à domicile ; Formation

**Objectifs.**– Connaître l'épidémiologie des escarres suivis en ville, faire un état des lieux des pratiques professionnelles, évaluer les besoins de formation.

**Méthodes.**– Mille cent soixante-treize questionnaires ont été adressés par la poste aux infirmiers libéraux exerçant en cabinet ou en services de soins à domicile.

**Résultats.**– Deux cent douze réponses (18 %). Soixante-dix pour cent exercent depuis plus de 10 ans en libéral, 93 % en cabinet de groupe. Vingt-neuf pour cent déclarent avoir pris en charge des escarres dans l'année. Seulement 11 % utilisent une échelle d'évaluation du risque. Quatre-vingt-neuf pour cent utilisent leur droit à la prescription des dispositifs médicaux. Cinquante-deux pour cent utilisent leur droit à la prescription des matelas. Soixante-quinze pour cent estiment que leur formation est insuffisante sans distinction en fonction de l'ancienneté d'exercice. Dans 80 % des cas elles estiment que les informations à la sortie de l'hospitalisation sont insuffisantes. Soixante-seize pour cent déclarent être d'accord pour participer à une évaluation de leur pratique. Dans 20 % des cas les aidants interviennent (auxiliaires de vie, entourage). L'organisation de l'accès aux avis spécialisés n'est pas claire.

**Discussion.**– Cette photographie permet d'orienter les axes d'amélioration sur la formation notamment au dépistage en couplant les échelles et le jugement clinique et sur l'organisation de l'accès à l'expertise pour le domicile en Ile-et-Vilaine.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1502>

CO92-005-f

#### **Alternatives aux structures d'accueil médico-sociales : actions innovantes**

J. Sengler<sup>a,\*</sup>, E. Lamon<sup>b</sup>, N. Winisdoerffer<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centre hospitalier de Mulhouse, Mulhouse, France

<sup>b</sup> Handicap Services Alister, France

\*Auteur correspondant.

**Objectifs.**– Présenter nos expériences innovantes alternatives aux structures d'accueil médico-sociales conventionnelles.

**Méthodes.**– Un travail en réseau public-privé, la mobilisation de financeurs privés (bailleurs sociaux, assurances, fondations), le recours à une agence spécialisée ont permis l'émergence du dispositif.

**Résultats.**– Huit appartements pour la grande dépendance et deux maisons familiales accueillant au total 17 personnes majoritairement cérébrolésées sont ouverts. Une structure dédiée à l'éducation pour la vie autonome est en cours de finalisation. Un service Cérébro-Lésion Assistance dédié 24 h/24 h 365 jours par an accompagne le dispositif. Le principe novateur de la mutualisation de



la prestation de compensation du handicap (PCH) est la clé de voûte de ce fonctionnement.

*Discussion.*– Seront discutés : les conditions de faisabilité et de réussite ; les modalités de mutualisation de la PCH ; la mise en œuvre du service Cérébro-Lésion Assistance ; le travail en réseau.

*Conclusion.*– Ces nouveaux dispositifs permettent aux personnes en situation de handicap sévère de vivre en milieu ouvert, en famille pour certains, tout en préservant une vie sociale. Ces modalités originales sont reproductibles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1503>

CO92-006-f

### **Pour le maintien au domicile : équipes mobiles « cérébro-lésion »**

M.M. Leclercq

Centre hospitalier de Mulhouse, Mulhouse, France

*Mots clés :* Retour à domicile ; Accompagnement médico-social ; Articulation sanitaire ; Médico-social



*Introduction.*– Le retour à domicile des patients cérébrolésés hospitalisés est un moment où toutes les aides et les relais prévus se doivent d’être efficaces. Afin de faciliter cette transition, des équipes médico-sociales sont en place sur le territoire de santé IV du Haut-Rhin, une de leurs missions étant d’assurer une articulation entre le secteur sanitaire et médico-social.

*Objectifs.*– Présentation et description du mode de fonctionnement des équipes. *Méthodes.*– Analyse des missions et des rapports d’activité annuels.

*Résultats.*– Deux équipes pluridisciplinaires (TC et AVC) interviennent afin de permettre le maintien au domicile dans les meilleures conditions. Leur intégration dans le pôle MPR-R privilégie les relais. Elles peuvent être mobilisées au sortir du court séjour ou du SSR et inversement réorienter vers le secteur sanitaire. En 2012 la file active est de 345 personnes suivies dont 33 supervisions de retour. La durée moyenne de suivi est 21,4 mois.

*Conclusion.*– Le maintien au domicile de la personne dans un réseau coordonné sanitaire et médico-social, l’accompagnement de leurs aidants afin d’éviter leur épuisement, est primordial. Ces équipes permettent de suivre les situations les plus fragiles et d’être réactifs tout en participant au projet de vie de la personne.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1504>